



**Centro Universitário de Brasília  
Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento - ICPD**

**RAQUEL CALDEIRA LIMA**

**A MATERNIDADE NA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA**

Brasília  
2016

**RAQUEL CALDEIRA LIMA**

**A MATERNIDADE NA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA**

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD) como pré-requisito para obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Profa. Dra. Livia Milhomem  
Januário

Brasília  
2016

**RAQUEL CALDEIRA LIMA**

**A MATERNIDADE NA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA**

Trabalho apresentado ao Centro  
Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD)  
como pré-requisito para a obtenção de  
Certificado de Conclusão de Curso de Pós-  
graduação *Lato Sensu* Teoria  
Psicanalítica.

Orientadora: Profa. Dra. Livia Milhomem  
Januário.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

**Banca Examinadora**

---

Prof. Dr. Nome completo

---

Prof. Dr. Nome completo

**Ao Eu que encontrei em meus livros e no espaço que  
construo em análise.**

## **AGRADECIMENTO(S)**

Agradeço de coração à professora que me apresentou Winnicott e sua teoria, gratidão prof. Dr. Maria Izabel Raso Tafuri;

à minha orientadora pela paciência e por ter construído comigo esse trabalho;

à minha mãe e à minha família pela maternagem exercida durante todos esses anos;

aos meus sobrinhos por me permitir amá-los;

e aos meus amigos, pela inusitada ajuda que recebi deles.

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo a compreensão da contribuição da teoria de D. W. Winnicott no conceito de maternidade, e a desconstrução de tal conceito enquanto definitivo à mulher e ao feminino. Na contemporaneidade, temos diversas possibilidades de famílias, porém o cuidado primário com uma criança ainda é destinado às mulheres, sejam elas suas mães, tias, avós ou outras que serão apontadas por serem consideradas cuidadoras por natureza. Através da leitura de autoras e autores que se debruçaram sobre este assunto, podemos perceber que o discurso moralizante da maternidade foi construído diante da necessidade de estabelecer uma reorganização social e determinar um lugar para as mulheres na sociedade. Apesar de ainda estar vinculada ao feminino, a maternidade estabelecida moralmente pelo discurso do século XVIII modificou-se significativamente, não sendo mais o único espaço destinado à uma mulher, e esta maternidade podendo ser executada de diversas formas. Winnicott vem contribuir ao apresentar a complexidade da maternidade com os conceitos de mãe suficientemente boa e funções maternas, apontando para as contingências ambientais que proporcionam o surgimento da dedicação da pessoa que exerce tais funções.

**Palavras-chave:** Maternidade. Winnicott. Sociedade. Funções maternas. Mãe suficientemente boa.

## **ABSTRACT**

The following study intends to understand the contribution of D. W. Winnicott's theory on the maternity concept, as well as the deconstruction of this concept as a determining factor for women and the femininity. Nowadays there are various possibilities for different types of families, however the primary care of children is still delegate to women, whether their mothers, their aunts, their grandmother or other women chosen for being considered natural caregivers. By reading female and male authors who have dedicated themselves to the subject we can notice that all the moralizing discussion surrounding the motherhood was built by the need for a social reorganization and also to set a place for women within the society. In spite of it is still be linked to the femininity, the maternity morally defined on XVIII century made a significant change, no longer being the only emplacement for a woman, and this maternity could be prosecute in different ways. Winnicott comes to contribute when displaying the intricacy of the motherhood side by side with the concept of a good enough mother and the maternal functions, pointing out the environmental contingencies that provide the dedication appearance of the person who practises those duties.

**Key words:** Maternity. Winnicott. Society. Maternal functions. Good enough mother.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
1 A CONSTRUÇÃO DA MATERNIDADE.....	11
1.1 A maternidade e a psicanálise.....	14
1.2 Da recusa de ser mãe à escolha reflexiva.....	17
1.3 A possibilidade da democratização da maternagem.....	19
2 WINNICOTT E A FUNÇÃO MATERNA.....	21
2.1 A mãe dedicada comum e a preocupação materna primária .....	22
2.2 A mãe suficientemente boa.....	24
2.3 As funções maternas segundo Winnicott.....	25
3 REFLEXÕES CLÍNICAS.....	29
3.1 Primeira reflexão: uma paciente adulta na sua maternidade.....	29
3.2 Segunda reflexão: o atendimento de uma criança e a escuta de sua mãe .....	32
3.3 Terceira reflexão: o atendimento de uma criança autista.....	34
CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS.....	41



## INTRODUÇÃO

O presente estudo se propõe a compreender a maternidade como um fenômeno social e psíquico, buscando entender as influências dessa experiência vividas enquanto bebê e, posteriormente, enquanto agente de cuidado. Diante dessa perspectiva, inúmeros autores se debruçam e buscam compreender a maternidade, considerando-a um conceito construído a partir das transformações sociais.

Donald Woods Winnicott (Plymouth, 7 de abril de 1896 — 28 de janeiro, 1971), teórico do século XX, apresenta a maternidade como algo fundamental para o desenvolvimento do bebê e da criança. Januário (2010) nos oferece uma introdução que dá a noção do que levou esse psicanalista a observar essa relação mãe-bebê e formar sua teoria do desenvolvimento. A época vitoriana na qual foi criando, suas experiências no período de guerra e sua vivência durante a infância cercado por mulheres, permeiam os olhares de sua teoria sobre o ambiente de desenvolvimento infantil.

Os objetivos do presente trabalho são: debruçar-se sobre a literatura social e psicanalítica no que concerne a construção da maternidade, procurando compreender suas transformações sociais através do tempo, e articular tais estudos com a teoria winnicottiana. Para alcançar esses objetivos, teve-se como base a revisão bibliográfica, buscando textos sobre a maternidade, sua influência e também os textos clássicos de Winnicott sobre o tema. Espera-se demonstrar com este estudo a importância das modificações dos cuidados materno na sociedade, em razão da riqueza de experiências que o sujeito não-integrado é submetido nessa fase, e revive após sua constituição ao lidar com uma situação de maternidade, mesmo que não no papel de mãe-mulher.

O presente trabalho foi, então, estruturado em 3 capítulos.

No primeiro capítulo, apresentam-se a construção histórica, social e cultural da maternidade, procurando problematizar e contextualizar esse conceito. Nesse capítulo, reflito também sobre a recusa de ser mãe, escolha reflexiva da maternidade e sobre a possibilidade da democratização da maternagem.

O segundo capítulo apresenta uma construção teórica, tomando como base os textos de Winnicott e suas ideias sobre a mãe dedicada comum e a preocupação materna primária, as funções maternas e o conceito de mãe suficientemente boa.

E, por fim, no terceiro capítulo, são apresentadas as reflexões clínicas a respeito da configuração contemporânea da maternidade, sob o olhar da teoria winnicottiana. Para tanto, trago três casos atendidos por mim que aqui denomino: uma paciente adulta na sua maternidade, o atendimento a uma criança e a escuta de sua mãe e o atendimento a uma criança autista.

## 1 CONSTRUÇÃO DA MATERNIDADE

A maternidade é comumente associada a um desejo e um instinto natural a todas as mulheres, sendo muitas vezes romantizado e considerado algo indispensável para o desenvolvimento psicológico da criança e para a sua estruturação saudável. Nesse sentido, a mãe seria o palco para que acontecesse a infância do sujeito e a maternidade seu papel único.

Com relação a essa questão, Correia (1998) aponta que a imagem com que a maternidade é colocada na sociedade tem como moldura as dinâmicas sociais e momento histórico em ela ocorre. Em civilizações diversas são encontradas significações diferenciadas a respeito da maternidade, podendo ser celebrada ou tratada com severidade; de importância ou não para a manutenção da família. No entanto, os conceitos de maternidade e de cuidados maternos necessários para o satisfatório desenvolvimento de uma criança, como estabelecidos na sociedade ocidental contemporânea, começou a aparecer principalmente no século XVIII. Segundo Badinter (1985), essa concepção foi influenciada pelos escritos de Rousseau, pelos discursos médicos e de moralistas, que ditavam padrões que deveriam ser responsabilidade da mulher diante da maternidade e dos cuidados de sua prole.

Moura e Araújo (2004) discutem que, por muito tempo, a maternagem foi relacionada diretamente à maternidade (entendida como prática da mãe e da mulher), sendo uma função exclusiva do feminino por sua natureza. Além disso, a maternidade era desvalorizada no século XVIII, diante da exaltação da autoridade da figura do homem enquanto pai e marido e da mulher sendo igualada à criança em termos de importância na família, que era constituída para compreender objetivos econômicos e políticos.

Nesse período, Ariès (1973) explica que havia a transição da responsabilidade dos cuidados da criança da família, que antes eram realizados por terceiros (como amas de leite, padres, professores), para as suas mães biológicas. Anteriormente, após passado o período em que o bebê necessitava fisicamente da mãe para sobreviver, era dedicado à outros a criação dos filhos de uma família, fossem em que a criança aprendesse suas atividades de trabalho, no caso dos filhos de camponeses, ou para que fossem educados moralmente e intelectualmente em escolas ou com adultos que se dispunham à essa função, como no caso de nobres e

burgueses. Foram concebidos novos conceitos moralizantes sobre a dedicação que a família deveria ter com a criação de seus filhos, principalmente aos burgueses por sua necessidade de manutenção de seu estado social, que afastavam seus filhos da influência desses outros indivíduos, servos ou criados, e a família se dedicava ao investimento moral e elitizado dessa criança.

Moura e Araújo (2004) observam que essas transformações dependiam da classe social em que a mulher se encontrava, sendo que para as de classe social mais alta a maternidade servia como uma nova forma de elevação de seu papel na sociedade. Já as classes camponesas encontravam maior dificuldade para exercer a dedicação exigida, devido às exigências de sobrevivência econômica, e apresentavam maior resistência a se submeter ao discurso moralizante da mãe ideal, como também tinham pouco acesso a tais informações.

Essas mesmas autoras trazem ainda o questionamento a respeito da razão da alta taxa de mortalidade infantil nessa época, se seriam eles o motivo da falta de interesse da mãe pelos recém-nascidos, pois não haviam grandes esperanças de sobrevivência nos primeiros anos de vida, ou seria o apontado por Badinter em 1985, dizendo que era justamente a falta de interesse das mães pela maternidade que proporcionava a alta da mortalidade.

De qualquer forma, o ato de colocar a mulher no papel de moralmente responsável pela vida da criança foi pensado enquanto a necessidade da manutenção das vidas desses bebês e, posteriormente, em um controle social melhor fundamentado. Ou seja, a consolidação da família nuclear, onde os cuidados maternos da família foram levados para o campo privado, o que se consolidaria somente entre o fim do século XVIII e início do século XIX, de acordo com a classe social da família (BADINTER, 1985).

Ariès (1973) descreveu a mudança da família compartilhada socialmente para a nuclear, marcada, inclusive, pela determinação de cômodos específicos para atividades privadas e momentos de recepcionar visitantes que não fossem pertencente à família. A aproximação da família, e o distanciamento dos amigos e sócios, exigiu que uma nova conduta moral fosse adotada, e esta precisava ser aprendida. Retomando, então, a necessidade de distanciamento de influências externas na criança do novo membro da família.

Novamente, a aproximação da família nuclear também foi impulsionada pela mudança do foco ideológico da autoridade última do pai pelo amor materno, como

uma necessidade da ordem social burguesa a sobrevivência da prole a perpetuação da família. Na classe trabalhadora, as famílias percebem o trabalho saindo de suas casas e se descolando para as fábricas, dando espaço para a expansão do espaço privado (MOURA; ARAUJO, 2008). Juntamente com esse conceito de vida privada, embora perpetuasse por longo período as amas de leite, foi exigido da mulher que ela se tornasse a única a dedicar o cuidado de sua prole, exercendo assim o seu amor materno (BADINTER, 1985; MOURA; ARAUJO, 2008).

Progressivamente, o pensamento liberal deu novo espaço para o matrimônio, apenas o interesse econômico não seria condizente com a nova ordem econômica, dando o sentido de casamento por amor elevando a representação familiar e social da mulher, como indivíduo participante para a organização social partindo da família. Estabelecendo, também, condutas que seria obrigatórias a ela para ser reconhecida nesse papel.

A mãe teve um novo título no fim do século XVIII, diante da perspectiva de medicina doméstica ela se tornara auxiliar do médico que, mesmo a família fechando-se em si, intervia enquanto agente externo.

Nas classes populares, que não tinham condições de manter médicos privativos, a própria organização social proporcionou a nuclearização da família através do pensamento moralizante que excluía do convívio social aquelas famílias que não o atendia. As intervenções não eram mais feitas pelos laços sociais das famílias, mas pela presença do Estado, tido como responsável para casos de abandono ou de desajustes a ordem pré-estabelecida.

Com a entrada das condutas moralizantes dos padres e educativas dos professores em meados do século XIX, a maternidade acumulou a função de colaboradora na educação e transmissão dos valores sociais, conferindo à mulher que era mãe um título de respeitabilidade social. Isso ocasionou na queda da autoridade paterna, segundo Moura e Araújo (2008), embora o poder da mãe restringisse ao ambiente doméstico, o que culminou em casos de abandono familiar – em especial nas classes populares – e consequente agravo nas responsabilidades da mãe.

À medida, porém, que as responsabilidades aumentara, cresceu também a valorização do devotamento e do sacrifício feminino em prol dos filhos e da família, que novamente surgiram no discurso médico e filosófico como inerentes à natureza da mulher (MOURA; ARAÚJO, 2008, p.47).

No decorrer do século XIX, e no começo do século XX, os profissionais especialistas, a eles se somando psicólogos e psicanalistas, estudavam e orientavam as minúcias sobre como deveria ser dado esse cuidado materno. Dessa forma, se tornaram aliados das mulheres e as colocam no centro do conhecimento materno, sendo a mãe a única a entender as necessidades da criança, elevando-a mais ainda de posição dentro da família. Nesse interim, “o bebê e a criança transformaram-se nos objetos privilegiados da atenção materna” (BADINTER, 1985, p. 202), determinando enquanto função inescapável da mulher o papel da mãe boa.

### **1.1 A maternidade e a psicanálise**

Badinter confere à psicanálise a atribuição da mãe como a responsável pela felicidade da prole. Segundo ela, no século XX, uma nova responsabilidade foi concedida às mulheres, a de ser “responsável pelo inconsciente e os desejos do filho” (1985, p. 237). Ainda nesse século, havia o discurso condenatório da mãe que negligenciava sua criança, sendo nomeada enquanto mãe má, e a mãe dedicada assemelhando ao discurso de mãe ideal de Rousseau, era denominada de mãe boa. Mais uma vez, a mulher por sua natureza, era considerada a mais indicada para exercer esse papel, elas deveriam dar amparo educacional, emocional e intelectual.

A imagem da mulher que se tornava mãe era, de fato, ascendida socialmente, sendo a ela atribuída diversas exaltações, mas também a alienava de seus próprios desejos, aprisionando as mulheres a um único papel a ser exercido na sociedade. Caso a mulher se recusasse a exercê-lo, seria condenada moralmente. Era também à ela que relacionavam qualquer dificuldade que seus filhos apresentassem. “Da responsabilidade para a culpa foi apenas um passo” (BADINTER, 1985, p.238).

A pressão social para que as mulheres fossem dedicadas e boas com seus filhos afetava à todas, que eram forçadas a sentir algo que socialmente era estabelecido enquanto parte do seu papel social. O que para umas era um feliz elogio, para muitas se tornara fonte de angústias, assoladas pelo sentimento de culpa caso se distanciasse de sua função e do sentimento da maternidade.

Freud, segundo Badinter (1985), afirmava que a mulher normal deveria ser suscetível à dedicação e ao sacrifício materno, e que o desvio dessa tendência

poderia ser explicado enquanto complicações da feminilidade, por ela ser a fonte da maternidade. Badinter questiona se o amor não seria essencialmente contingente, ou se seria apenas adicional às mulheres, assim excluindo a teoria de que fosse inerente às mulheres.

No texto “A feminilidade” produzido em 1933 em uma das conferências introdutórias a psicanálise, Freud propunha uma explanação incompleta do que seria a feminilidade, embora ele mesmo problematizasse e questionasse as definições de feminino e masculino produzidos pela ciência da época. Alertava ainda que as próprias informações produzidas pela psicanálise estavam inacabadas, e que poderia dizer, a princípio, que o feminino e o masculino aconteciam simultaneamente em homens e mulheres (FREUD, 1933/2010).

Biologicamente, nada proporia uma destinação única ao feminino e ao masculino, pois características que definem o homem e a mulher enquanto macho e fêmea podem ser encontrados, mesmo que atrofiados, em ambos, além de sua função natural na espécie pode ser partilhada por indivíduos de ambos os sexos, como o cuidados da prole. Freud aponta em sua introdução que o feminino, como encontrado na sociedade, é fruto justamente das construções feitas socialmente (FREUD, 1933/2010).

O que marca em registro psíquico, para Freud, como referente à feminilidade seria a solução encontrada pela menina para a segunda fase do Édipo, onde ela se identificaria com a mãe, enquanto castrada e incapaz de adquirir o fantasioso falo, e sublima o desejo erótico pelo pai e a ele dedica um tenro amor, possibilitando que assim ela busque a realização/satisfação de sua falta em uma atividade externa a triangulação parental. Nesse momento, a menina passaria da excitação clitoriana – tida como ativa, ou seja, masculina – para a excitação vaginal, daquela que aguarda ser penetrada afim de obter um filho do marido, e assim conquistar um substituto ideal para o falo – ou seja, uma atitude passiva e feminina (FREUD, 1933/2010).

Sendo assim, Freud diz que a dissolução do Édipo na menina e sua real sublimação erótica é obtida através da transformação da mulher em mãe, e até mesmo o casamento com o seu marido – ou a conquista do amor do pai – só pode ser assegurado a partir do momento em que ela conquista-o enquanto filho. Essa seria a conquista da feminilidade enquanto alternativa a castração sofrida, e a partir disso, tal conquista desprenderia tanta energia que uma mulher em seus 30 anos não

apresentaria mais alternativas de investimentos libidinais, se enrijeceria e envelheceria por falta de vivacidade, diferente de um homem na mesma faixa etária. Duramente, Freud conclui que nada restaria a essas mulheres do que se contribuir com seus bordados, ferramentas para esconder a sua vergonhosa castração (FREUD, 1933/2010).

Kehl (1998) contribui em suas produções acerca do feminino com críticas dessa concepção de feminilidade e destinos de uma mulher normal, e aponta as contradições deixada por Freud em suas colaborações sobre o feminino. A autora baseia-se principalmente em como sua teoria retorna a imagem estereotipada das mulheres propostas pela sociedade. Segundo Kehl, a feminilidade possibilita uma alternativa de gozo para as meninas através da passividade, onde os meninos encontram angústia de castração.

A ideia de que a maternidade e o casamento sejam “pontos de chegada” (KEHL, 1998, p.261) da feminilidade entra em contradição com todo o esforço que as renúncias feitas por esse feminino exigem. A mulher, que quando criança renunciaria ao gozo fálico para novas possibilidades de gozo, não se satisfaria com o enrijecimento proposto por esse modelo de feminino que estacionaria seu gozo em mais uma castração, a de não ter mais valor e produção social após a vivência da maternidade.

Kehl afirma, então, que o que estacionaria a mulher após a maternidade seria justamente a convicção social de que ela pode estar somente identificada com a mãe, sendo que o mecanismo de identificação é um recurso do ego de sobrevivência ao próprio Édipo tanto nos meninos quanto nas meninas, e por essa convicção limitando toda sua trajetória psíquica todas as outras identificações com objetos de amor posteriores ao casal parental.

Tal possibilidade é vista na própria literatura da psicanálise no texto sobre o Ego e o Id, que trata da identificação como uma sublimação alternativa da libido objeto para libido narcisista, agregando em sua própria construção.

A autora conclui que as impossibilidades vistas por Freud de investimento libidinal, além de torna-se mãe, são socialmente impostas, como previamente proposto pelo pai da psicanálise, e que o enrijecimento psíquico dessas mulheres, nada mais é que interdições da sociedade, que descarta as possibilidades de atuação da mulher em seu meio social (KEHL, 1998).



Os autores seguintes a Freud também se dedicaram a pensar a influência materna na construção da subjetividade da criança e também no desenvolvimento das psicopatologias e dos sofrimentos psíquicos.

Hoje temos vários estudos sobre a relação mãe e bebê e o desenvolvimento psicológico (BADINTER, 1985; ARIÈS, 1973; AMAZONAS; BRAGA, 2006; BOWLBY, 1951; BOWLBY, 1979; BETTELHEIM, 1967; BICK, 1964; KANNER, 1937; GOLSE, 2003). O que sem dúvida contribuiu muito para nossa compreensão sobre as funções maternas, os estados psíquicos maternos e o desenvolvimento do bebê. Além de ter possibilitado intervenções clínicas nas relações precoces mãe, pai e bebê no sentido de uma prevenção.

Por outro, também tivemos alguns momentos em que a psicanálise responsabiliza a mãe ou a figura materna pelo adoecimento do bebê e da criança. Nesse sentido, temos os exemplos clássicos de Bettelheim (1976) que acreditava que as mães poderiam ser as responsáveis pelo autismo de seus filhos por serem afetivamente frias. Daí o rótulo de “mãe-geladeira” atribuído às mães de crianças autistas. Dessa forma, ele popularizou a ideia de que o autismo seria causado pela indiferença da mãe em relação à criança. Kanner (1943) também caminhou nesse sentido ao afirmar que as crianças autistas possuíam, em geral, pais muito inteligentes, mas pouco calorosos. Tal responsabilização atualmente já está superada na literatura psicanalítica, como autores tais quais Catão (2009) e Tafuri (2003), que percebem o adoecimento de uma criança como fruto de diferentes dinâmicas ambientais que não somente a atitude da mãe diante seu bebê.

## **1.2 Da recusa de ser mãe à escolha reflexiva**

Enquanto no século XIX, com o advento do movimento e do pensamento social do feminismo, as funções da mulher foram se expandindo com a entrada e as revoluções femininas no mercado de trabalho, suas ações não eram somente dedicadas à manutenção do lar e de seus filhos. Era permitido que elas trabalhassem, mas ainda assim tinham que assumir a dupla responsabilidade pelo cuidado financeiro e o cuidado materno que deveria dedicar.

A escolha pelo adiamento da maternidade pode ser considerada fenômeno do século XX, dando a mulher de fato maior poder de escolha de evitar a vivência da maternidade (SCAVONE, 2001).

Essa escolha atendia ainda ao fenômeno da entrada da mulher no mercado do trabalho, pois permitia que ela retardasse sua maternidade e até diminuísse a quantidade de filhos. Dessa forma, além de atender às expectativas do mercado do trabalho, a mulher não deixava de se dedicar a sua prole, que reduzida lhe exigia menos tempo e atenção, vivenciando a dedicação e o sacrifício da maternidade menos vezes.

O “aborto histórico”, termo que Scavone utiliza para denominar o ato de interrupção da gravidez presente em diversos momentos da história da humanidade, mostra que a recusa da maternidade, embora condenável fortemente, era pensamento existente na sociedade bem antes da modernidade, como uma concepção de uma maternidade passível de interrupção. Na modernidade, com o avanço da ciência e das tecnologias de contracepção, aliados ao pensamento moderno do feminismo que propunha a igualdade de direitos entre homens e mulheres e a liberdade de escolha da mulher, a escolha pela maternidade se tornou fisicamente possível, embora fosse ainda socialmente exigido, e às mulheres foi permitido que pudessem adiar a maternidade e ainda vivenciar sua sexualidade. A quantidade de filhos foi ainda mais reduzida, permitindo melhor experiência da maternidade, e a ainda sem a necessidade de sacrificar sua vida profissional e fora do ambiente doméstico (SCAVONE, 2001).

Cabe mencionar que, além de ser um movimento de conquista da liberdade sexual feminina, os métodos contraceptivos também se tornaram ferramenta de controle de políticas demográficas, caso de países com larga população em estado de risco social, como o Brasil. A escolha, como a imposição pela maternidade, é permeada tanto por questões morais da sociedade, quanto por necessidades econômicas a serem atendidas.

Scavone (2001) comenta ainda que tanto as práticas do aborto histórico, quanto a revolução dos métodos contraceptivos da modernidade, desmistificam a concepção da maternidade enquanto necessidade biológica da mulher, mas acompanhando os questionamentos de Badinter e apontando para uma determinação de caráter social. Mesmo que a mulher supostamente pudesse escolher a maternidade, retardando-a e diminuindo o número de filhos, podendo assim dedicar-

se ao seu trabalho sem colocar a criança enquanto objeto total de atenção da mulher, o gênero do cuidador ideal da criança ainda era orientado para o feminino.

### **1.3 A possibilidade da democratização da maternagem**

Os pais surgem, por volta da década de 60, como sujeitos capazes de amar tanto quanto as mães, dando às mulheres a possibilidade de partilhar a maternidade com os homens (BADINTER, 1985), embora ainda as mulheres se comprometessem mais aos cuidados dos filhos que os homens, ainda embutidos da fantasia de capacidade única e exclusiva da mulher (SCAVONE, 2001).

Tanto o aborto seguro quanto os métodos contraceptivos possibilitaram às mulheres a interrupção ou o retardamento da maternidade, dando a elas assim a possibilidade de recusar a maternidade em detrimento de sua vida social e desejos diversos. Já a revolução do século XXI trouxe a ideia dos métodos de contraceptivos, ou até as reproduções *in vitro*, possibilitando a escolha reflexiva da maternidade desvinculada totalmente com o determinismo biológico.

Foi somente na contemporaneidade que o determinismo de gênero sobre os cuidados com os filhos pode se atenuar. Com as novas conquistas femininas, em especial as da pauta feministas de igualdade de gênero, a experiência familiar com os cuidados dos filhos tem se aproximado de um quadro de equidade, sem que o pai fosse a autoridade única ou a responsabilidade pelo desenvolvimento satisfatório dos filhos fossem total responsabilidade da mulher. Fala-se em termos de parentalidade, permitindo papel igualitário às duas figuras parentais e ainda discute sobre diferentes configurações familiares (pai ou mãe solteiros, crianças cuidadas por parentes, casais homoafetivos, reprodução *in vitro*). Porém, a escolha reflexiva pela maternidade consta como dilema para as mulheres, que são ainda incumbidas da maior parte das responsabilidades pelos filhos (SCAVONE, 2001).

É construído, então, novas pontes para a compreensão da função materna na sociedade, para além do conceito de natureza feminina relacionada ao exercício da maternidade, do determinismo biológico que compreender que somente uma mulher fértil pode se tornar mãe e da concepção de que todas as mulheres devem vivenciar a maternidade. Os cuidados dedicados à criança, principalmente na primeira infância, não está estritamente vinculada à mãe, como concebida em tempos

anteriores. Diante das novas configurações sociais e econômicas, a função materna é diversificada na forma em que se apresenta, dando novas possibilidades ao cuidado primário.

## 2 WINNICOTT E A FUNÇÃO MATERNA

Assim como visto no capítulo anterior, a psicanálise contribuiu com a formação do imago social da maternidade através de seus estudos acerca da constituição do sujeito. Ainda no século XX, um psicanalista inglês chamado D. W. Winnicott se dedicou ao estudo da contribuição do ambiente e do cuidador primário no desenvolvimento primitivo, colocando a mãe no centro desse desenvolvimento por considerar que esta estaria mais próxima do bebê nesse momento. Em suas entrevistas, Winnicott dizia sobre necessidade de reconhecimento da tarefa da maternidade, e de como a pessoa responsável por esta criança fazia o que ele nomeou de “função materna” de uma forma natural.

Médico de formação, Winnicott atuou como cirurgião, mas se dedicou especialmente à pediatria, de onde partiu boa parte de seus conhecimentos. Interessou-se pela psicanálise e foi analisado pelo freudiano James Strachey, sendo influenciado pela teoria freudiana e, posteriormente, pela teoria kleiniana.

No entanto, seu interesse pela função materna e pelo ambiente, relacionando-os à maturação emocional do bebê, o direcionou para uma teoria mais independente das teorias freudianas e kleinianas. Sua própria experiência infantil, dos cuidados de suas mães (como se referia às mulheres com quem conviveu até os 13 anos), e suas observações a respeito da dinâmica da família de seus pacientes, fizeram-no compreender que o estado emocional da mãe-ambiente, bem como a forma com que o bebê é cuidado, são fundamentais para a constituição psíquica do sujeito (OUTEIRAL, 2005; JANUÁRIO, 2010).

Ao falar da função materna, Winnicott muitas vezes usava o termo mãe, ou mãe-ambiente, por reconhecer que a mãe se tratava daquela a quem a responsabilidade dos cuidados maternos respondia, e não apenas a mãe biológica. Além disso, a mãe ou a mãe-ambiente também fazia referência ao papel de ambiente onde os fenômenos do desenvolvimento psíquico e emocional infantis ocorriam.

Abram (2000) diz que a mãe é o primeiro ambiente na qual o desenvolvimento emocional proposto na teoria de Winnicott se dá. “A maneira como a mãe se comporta e se sente em relação a seu filho exercerá uma grande influência sobre a saúde do bebê [...] pelo resto de sua vida” (p. 141). Ou seja, a mulher que ela foi e continua sendo durante a maternidade faz parte da mãe que ela se torna.

Winnicott adota a concepção de “preocupação materna primária” e “mãe-suficientemente boa” para nomear aqueles que não somente se encarregam dos cuidados com essa criança, mas que com elas estão identificadas no primeiro momento de vida. É uma complexa tarefa resultante também da forma como a mãe-ambiente é cuidada e os recursos que ela adquiriu em sua própria infância. Sua falha é vista como significativa para Winnicott, que pode influenciar a saúde mental e a estruturação do sujeito, mas não é também fator único que prejudica a constituição do sujeito e proporciona os quadros psicopatológicos, como discutiremos agora.

## **2.1 A mãe dedicada comum e a preocupação materna primária**

Em 1957, ao falar sobre a função da mãe na sociedade, Winnicott diz reconhecer que as crianças não têm dívidas para com os cuidados que receberam em sua infância, mas que havia a necessidade que a sociedade reconhecesse a devoção com que as mães exerciam a maternidade. Para o autor, era importante falar sobre a função materna, tomando cuidado para que os profissionais de saúde não interferissem demais nessa função, perturbando de forma desnecessária a relação entre a mãe e seu bebê (WINNICOTT, 1994; WINNICOTT, 1989).

Contudo, os profissionais que se dedicam aos cuidados da infância, por vezes, lidam com casos em que o adoecimento apresentado pela criança tem origem na dinâmica familiar ou social em que esta está inserida. Ressaltando que, diante das mudanças que ocorriam com a modernidade e na estrutura da família, a criança tornara-se centro da família e parte desta, e é a ela que o cuidado profissional deve se referir, permitindo assim que haja intervenções desses especialistas na família. Nos outros casos, Winnicott fala da importância de que seja permitido a quem se dedica ao cuidado do bebê e da criança que este haja com naturalidade em sua tarefa, podendo identificar-se naturalmente o indivíduo em desenvolvimento (WINNICOTT, 1994; WINNICOTT, 1989).

Winnicott empenha-se, então, em descrever o funcionamento da maternagem que as mães dão naturalmente aos seus bebês. Ao empregar o termo mãe natural, Winnicott referia-se à tarefa que a mãe realizava naturalmente por estar identificada, utilizando da lembrança de sua própria experiência enquanto bebê –, da

boa experiência que proporcionou o desenvolvimento psíquico, físico e corporal do recém-nascido (WINNICOTT, 1994; ABRAM, 2000).

Isso não seria inerente a todas as mulheres, assim como o pensamento da maternidade e a devoção que as mulheres têm por um período em que suas atividades profissionais ou diárias são suspensas e elas podem se dedicar à tarefa da maternidade (ou seja, a mãe dedicada comum). Segundo Winnicott isso seria possível devido a diversos fatores, dentre eles: a história familiar, a vivência da mãe enquanto filha, o momento atual da maternidade, o apoio ambiental a essa mulher, somando-se ao estado que Winnicott chamaria de preocupação materna primária.

A preocupação materna primária trata-se de um estado em que existe uma identificação iniciada nos últimos momentos da gestação e prossegue durante um mês após o nascimento da criança. Esse estado tem caráter essencial para a sobrevivência física e psíquica do bebê, e quando há sua ausência o sujeito mal emerge, pois para ele faltará anteparos físicos e emocionais para seu desenvolvimento saudável, porém, o sucesso desse empreendimento da mãe depende do amparo que ela mesma receberá do ambiente (WINNICOTT, 1994; WINNICOTT, 1956).

Gradualmente, esse estado passa a ser o de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez [...] Dificilmente as mães o recordam depois que o ultrapassam. Eu daria um passo a mais e diria que a memória das mães a esse respeito tende a ser reprimida (WINNICOTT, 1956, p. 401).

A importância de que haja alguém que exerça o papel de mãe dedicada comum reside na

[...]necessidade vital que tem cada bebê de que alguém facilite os estágios iniciais dos processos de desenvolvimento psicológico, ou desenvolvimento psicossomático, ou, como talvez eu deva dizer, do desenvolvimento da personalidade mais imatura e absolutamente dependente, que é a personalidade humana (WINNICOTT, 1994, p. 7).

Com o conceito de preocupação materna primária, Winnicott expõe a necessidade da identificação da mãe com seu bebê, de modo que a mesma se vê no primeiro mês em um estado de vinculação intensa, sendo ela e o bebê integrantes do mesmo corpo e do mesmo psiquismo. O saber intuitivo nesse momento permite que a mãe se comunique com o bebê e perceba suas necessidades, sendo também fundamental para apresentar ao recém-nascido um ego. No entanto, tal período não

pode se prolongar para além do necessário para o bem da mãe e do bebê, é preciso que essa mãe se diferencie de seu bebê e o encaminhe para um estado de menor dependência. A mãe-ambiente que reproduz o que Winnicott define como “mãe suficientemente boa” é capaz de frustrar e desiludir seu filho quando este está pronto para suportar, e de acolher e atender às suas necessidades quando não tem habilidade para lidar com elas sozinho (WINNICOTT, 1956; JANUÁRIO, 2010).

A mãe dedicada comum também necessita, ela mesmo, de suporte do ambiente. Ela precisa estar cercada das condições necessárias para que possa oferecer os cuidados ao bebê e da criança. Esse holding para a mãe pode ser realizado pelo pai, pela avó, por alguma figura materna, por uma enfermeira ou mesmo por alguém que possa cuidar do seu ambiente físico e estar atento ao seu estado emocional. Dessa forma então, ela atua como mãe suficientemente boa, que está em sintonia com seu filho de modo a saber os momentos necessários para proporcionar as frustrações, e ela mesma suportar o próprio processo de amenizar a identificação, fazendo emergir um indivíduo e permitindo que outros sujeitos possam entrar na relação (WINNICOTT, 1994).

## **2.2 A mãe suficientemente boa**

Como visto anteriormente, a mãe suficientemente boa refere-se à mãe que, ao cuidar do recém-nascido, encontra-se em um estado de identificação natural com o bebê no estado de adoecimento normal chamado preocupação materna primária, mas que progressivamente permite que o bebê sofra falhas que já são a eles suportáveis e caminhem para um estado de dependência relativa (WINNICOTT, 1956).

Abram (2000) aponta que Winnicott faz uso do termo “suficientemente boa” também para diferenciar a relação mãe-bebê do termo kleiniano que se refere a mãe boa. Embora a mãe da teoria winnicottiana também possa ser o seio bom – aquela que aplaca as angústias de aniquilação do bebê –, na relação que ela estabelece com o bebê, ela é a mãe real, ou seja, a pessoa que estabelece os cuidados iniciais necessários para o recém-nascido, enquanto a mãe boa de Klein referia-se ao objeto interno das fantasias do infante.



Tal cuidado suficientemente bom é fruto de uma complexa trama que envolve as experiências da própria infância da mãe, o cuidado que esta recebe do ambiente que também lhe dá suporte (*holding*), a ausência de ansiedade com que lida com a maternidade e as fantasias que alimentam o momento de maternagem que a família se encontra diante de um filho.

A mãe suficientemente boa, através dos cuidados maternos, realiza preciosas funções chamadas por Winnicott de *holding*, manejo e apresentação de objetos, que favorecem os processos psíquicos fundamentais para o desenvolvimento psicológico e emocional do sujeito que são os processos integração, personalização e relação de objeto (WINNICOTT, 1956; JANUÁRIO, 2010).

Essa pessoa que engrenou no estado de preocupação materna primária, por sua condição de indivíduo completo, atenderá as necessidades do bebê sem que este sabia quais são, por ainda não ter passado por tais experiências. Ela escuta o choro do filho e reconhece nele sentimentos que já vivenciou, surge ao seu socorro com os recursos que tem a sua disposição, realizando simultaneamente as três funções da mãe suficientemente boa. *Holding*, manejo e apresentação de objetos.

### **2.3 As funções maternas segundo Winnicott**

Ao nascer, o bebê encontra-se em um estado de não-integração, fundido egoicamente com a mãe que o sustenta, em um estado de dependência absoluta. Dessa maneira, a mãe o toca e o movimenta de acordo com as necessidades que ela identifica como sendo as do bebê, estimulando a percepção do corpo do recém-nascido, deixando com que ele em seu tempo as explore e reaja a cada sensação nova que a relação traz (WINNICOTT, 1945; WINNICOTT, 1956; ABRAM, 2000).

Surge através dessa experiência a possibilidade da integração do ego corporal, o bebê podendo sentir seu próprio contorno corporal. Ao mesmo tempo, por ainda estar fundido com a mãe, ele imagina que o seio que veio ao seu socorro foi por ele criado, o que leva o bebê a ilusão de onipotência e sua mãe sustenta e aceita tal ilusão (WINNICOTT, 1945; WINNICOTT, 1956; ABRAM, 2000).

É importante que o bebê caia em tal engano, pois apesar de criar o seio que o alimenta, ou os recursos que venham a preencher sua necessidade, ele cria algo que já existe no ambiente e tem por isso o reconhecimento de que o que é

necessário para aplacar suas angústias está no mundo real, encaminhando-o para a realidade compartilhada e consequente diferenciação de eu/não-eu (WINNICOTT, 1945; WINNICOTT, 1956; ABRAM, 2000).

A sustentação dessa fusão de ego, e a forma com que a mãe sustenta física e psiquicamente o bebê nesse momento de não-integração, constitui a função do holding, que permite a integração dessas experiências dando contorno ao ego corporal do bebê. Com a função materna do *holding*, a “mãe suficientemente boa” permite o processo de integração, no qual o ego se integra em uma unidade e temos o “eu sou” e o início da constituição do si mesmo (WINNICOTT, 1945; WINNICOTT, 1956; ABRAM, 2000).

Ao mesmo tempo, há também a função da mãe suficientemente boa do manejo (*handling*), é através dos cuidados físicos com a criança que a mãe ambienta o processo de personalização. Com o *handling* (manejo), ocorre a “personalização”, isto é, a interação dos aspectos da psique e do soma, a partir da qual o bebê adquire a capacidade de habitar o próprio corpo.

Se imaginarmos novamente a situação da troca de fraldas, percebemos que a mãe não somente permite que a criança explore suas sensações sensoriais, como também ela o toca e conversa com ele. Por vezes, deparamo-nos com a mãe trocando seu filho e ao fazê-lo dizer algo como “agora vamos trocar sua fralda, porque você está muito incomodado com tanto coco”. A mãe não está acessando a sensação tátil da criança, está também nomeando aquele incômodo específico e comunicando a existência de um eu que sente-se incomodado (WINNICOTT, 1945; WINNICOTT, 1956; ABRAM, 2000).

O modo único de cada mãe maternar o bebê e oferecer para que ele alcance de acordo com suas capacidades aquilo que necessita é realizado também através da função de apresentação de objetos que permite que a criança não esteja somente à mercê das gratificações pulsionais e desenvolve o processo da relação de objetos, onde o bebê começa a se relacionar com o não-eu, sofrendo suas ausências e solicitando que este lhe forneça o cuidado que sente como necessário. Já com a “apresentação de objetos”, a mãe auxilia o bebê na capacidade de viver a ilusão de onipotência de que o mundo é uma criação sua. Temos também o estabelecimento da capacidade de estabelecer relações com objetos, relações interpessoais, capacidade de estabelecer uma relação com o tempo e com o espaço, capacidade de lidar com o mundo externo (WINNICOTT, 1945; WINNICOTT, 1956; ABRAM, 2000).

O sucesso da mãe suficientemente boa em sua tarefa resume em torna-se desnecessária, de reconhecer quais são as reais necessidades do bebê e permitir que ele consiga progressivamente se diferenciar dela. É preciso que quem quer que exerça a função dos cuidados suficientemente bons, respeite e não prolongue a ilusão de estar fundido com o bebê, reconhecendo-o enquanto um sujeito diferente de si, que tem necessidades próprias a serem comunicadas. Pouco a pouco, à medida que a tolerância às suas falhas for sendo adquirida, a pessoa responsável por sustentar essa criança amplia o que é dito como suficientemente bom, até que a dependência desse suporte possa ser buscada em relações diversas. (WINNICOTT, 1945; WINNICOTT, 1956; ABRAM, 2000).

O ritmo dos cuidados maternos é importante para que tais funções sejam estabelecidas de modo seguro e tranquilo para a criança que, ainda não-integrada por completo, pode sentir-se ameaçada de uma descontinuidade do ego antes mesmo que este se estabeleça com certa segurança. É o ritmo cotidiano e o estilo de cuidado de cada mãe que fazem com que tais processos e funções integrem um repertório próprio para a criança, dando a ela base para que se envolva em novas fases de desenvolvimento e se relacione com o outro (ABRAM, 2000).

Por esse motivo, Winnicott (1956) diz que o ideal seria que a mãe biológica fosse a responsável por exercer a função materna, também por acreditar que o período da gestação possa facilitar o adoecimento normal da preocupação materna primária. No entanto, do mesmo modo como uma mãe em estado puerpério pode não engendrar em tal preocupação, justamente por não ser algo de natureza biológica apenas, a função materna e o papel da mãe suficientemente boa também pode ser exercido por alguém que não passou pela gestação do bebê, mas que assumiu a tarefa de devotar-se a criança.

É preciso, no entanto, que alguém assuma a responsabilidade pelo surgimento do ser desse indivíduo, que consiga acessar as experiências de maternagem que recebeu durante o seu desenvolvimento e invista emocionalmente na criança. O amor dedicado ao recém-nascido equivale à aceitação de 'to be left holding a baby' (WINNICOTT, 1994, p. 14), ou seja, que aceite o cargo de maternar um bebê.

Em contrariedade com a mãe suficientemente boa, Winnicott divide as mães que não são capazes de proporcionar o ambiente necessário para o desenvolvimento sadio em três diferentes categorias. A primeira seria a mãe psicótica,

ou seja, aquela que inicialmente foi capaz de se identificar com o seu filho, mas não consegue separar-se deste. A segunda seria a mãe que não pode se entregar à preocupação materna primária, “talvez por achar-se por demais deprimida ou preocupada com algo” (p.161). E a última seria a mãe atormentadora, que não permite a continuidade psíquica da criança, sendo um ambiente errante para o bebê. (ABRAM, 2000).

Com esses conceitos, Winnicott traz para psicanálise a compreensão da maternidade como ferramenta necessária para desenvolvimento primitivo do sujeito, sem que a responsabilize unicamente pelo seu sucesso ou por seu fracasso. Para a teoria winnicottiana, a experiência da maternidade não se encerra na equação mãe-bebê, envolvendo todos os sujeitos empenhados nos cuidados com aquela criança, assim como a sociedade que cerca a família. Seus recursos estão na memória de todos por se tratar de um fenômeno universal, mesmo com diferentes desdobramentos, onde todos já foram submetidos a experiência da dependência absoluta.

### **3 REFLEXÕES CLÍNICAS**

Após realizar uma reflexão teórica acerca da maternidade, pretendo agora realizar uma reflexão clínica sobre o tema, baseando em algumas vinhetas clínicas de pacientes atendidos por mim e que me levaram a questionar a construção da maternidade e a me inquietar com o tema desta monografia. Durante a narrativa dos casos, atribuo nomes fictícios aos pacientes, para que assim possa garantir o sigilo.

#### **3.1 Primeira reflexão: uma paciente adulta na sua maternidade**

Ao atender uma jovem, aqui nomeada como Pamela, que procurou atendimento psicológico para resoluções pessoais, percebi uma curiosa e rotineira questão a respeito de sua construção da maternidade relacionada a uma criança que não era seu filho biológico, mas tinha parentesco consanguíneo. Após a morte trágica dos pais da criança, Pamela, que era a madrinha da criança, vivencia um conflito quanto se assumir a mãe ou não da criança. Inconscientemente, após a morte dos pais da criança, ela já havia assumido vários cuidados com relação a criança, mas ainda se sentia angustiada com a situação e estava tendo dificuldades de conciliar a nova demanda com relação aos cuidados e sua vida pessoal, acadêmica e quanto a sua perspectiva de futuro. Em seu discurso, Pamela dizia também sobre sentimentos de desconexão com as expectativas familiares e com o grupo social que estava frequentando. Dizia que o que há dois anos atrás desejava para sua vida, não fazia mais sentido, querendo buscar construir sua própria família e vida doméstica, e as expectativas familiares estavam a impedindo de prosseguir.

Uma sessão próxima a interrupção dos atendimentos, Pamela descreveu como era o relacionamento com parentes próximos. Ao comentar sobre a convivência da criança com os familiares de sua mãe biológica, disse que incentiva para que a criança não perdesse o contato, mas que os cuidados eram basicamente divididos entre ela e sua mãe. Sentia-se incomodada, no entanto, com a atitude da tia materna da criança, que insistia para que o menino a chamasse de mãe, dando seguimento ao seguinte diálogo.

“E porque isso te incomoda?”

“Porque ela não é mãe dele, é tia! Ela faz isso só porque não quer que ele me chame de mãe, mas ele chama.”

“Mas você não é mãe dele também, é?”

Pamela calou-se por um instante e pareceu ressentir-se com o que foi dito, então prosseguiu.

“Eu sou a mãe dele sim. Eu que cuido dele, desde a gravidez [...] Ele dorme comigo.”

“Entendo.”

“Eu fui a última a vê-los. Fui eu que os levei no aeroporto. Minha tia estava preocupada por deixar o filho dela tão novinho ainda e viajar [...] Quando nos despedimos, parecia que ela sabia que iria acontecer alguma coisa. Ela me disse que eu era a madrinha dele, que eu era a segunda mãe dele. Eu senti como se fosse um pedido para que eu que cuidasse dele. Ela confiava mais em mim.”

“Então você é a mãe dele agora.”

“Isso. Eu sou. Ele sabe disse. Ele respeita a mim [...] Ele fica mais calmo quando eu estou por perto.”

Pouco tempo após, Pamela comunicou que havia decidido trancar a faculdade e já havia contado para a família. As sessões então giraram em torno da construção de sua nova carreira profissional e do seu interesse pela vida doméstica, independente do desejo social de que ela não fosse dona de casa.

O caso de Pamela exemplifica o que a teoria Winnicottiana diz sobre a maternidade ser o papel daquele que se dedica aos cuidados de uma criança, ou a mãe dedicada comum. Em seu texto sobre o Saber e Fazer (1994), Winnicott diz que o ser mãe e o fazer da mãe se dão de forma natural, de modo que a mãe não se dá conta da complexidade das implicações que seu cuidado pode proporcionar. A interrupção de um profissional da infância nesse momento pode ser prejudicial a essa naturalização, pois proporcionaria ansiedade no cuidado materno, deixando a pessoa que ocupa esse lugar temerosa de suas capacidades e sua identidade materna.

A reação de Pamela ao ser questionada sobre a maternidade demonstra o ressentimento que quem ocupa esse lugar pode ter ao ser ameaçado de ser retirado o seu posto. Ao sugerir que ela também não seria mãe da criança, que a nomeia de tal forma, sua reação é de aproximar-se da experiência comumente aceita de como se tornar mãe, dizendo ter participado da gravidez e exercer os cuidados diários

dedicados à criança. Por dizer que ele dorme com ela, Pamela o aproxima inclusive corporalmente, como a simbiose experiência por muitas crianças com suas mães.

De fato, a sequência de acontecimentos na vida de Pamela pode proporcionar e justificar a maternidade que ela aceitou como sua, talvez também como subterfúgio para manter viva em seu psiquismo partes da identidade do seu tio, manifestada como a responsabilidade de cuidado da família, e de sua tia, manifestada através da maternidade de seu filho. A responsabilidade dos cuidados dedicados à criança evocada especialmente pela mãe, no momento da partida, e justificada pelo seu papel religioso e social de segunda mãe na qualidade de madrinha, contribuiu para que ela pudesse se sentir dotada da capacidade materna de criar uma criança.

Pamela encontrou-se entre a escolha reflexiva da maternidade e a surpresa de se tornar mãe. Não havia como prever e esperar a morte dos pais da criança, mas ela aceitou, mesmo que temporariamente, o papel de mãe enquanto a mãe estava ausente. No momento em que procurou atendimento, tal papel já havia sido aceito de tal forma a mudar a jovem como uma criança muda a família que a recebe e aceita, sendo para Winnicott a tradução do que conhecemos como amor materno “o ato de aceitar a responsabilidade de *be left holding a baby*”.

Como argumentado por Moura e Araújo (2004) e Badinter (1985), assim como por Winnicott (1994), o amor que Pamela sente pela criança permite com que essa desempenhe o cuidado necessário para a sobrevivência do pequeno, suportando o corte que sofreu em seus objetivos e desejos, podendo sonhar e construir novamente, mas agora com esse papel materno. Para Winnicott (1989), essa dedicação comum exercida pela pessoa que assume a maternidade é traduzida como amor, sendo realmente necessária para o fundamento da criança, mas só viável de ser exercida suficientemente bem por aqueles que são capazes e desejam aceitar tal dedicação.

Em termos de possibilidades, a maternidade tão precoce e repentina que essa paciente aceitou só pode ser vivenciada através da que ela mesmo recebeu em sua fase inicial. Possivelmente a imagem materna também foi revivida em seu relacionamento com os tios, permitindo a identificação com os papéis que ela idealizava ser exercidos por esses, inclusive a suposição de como seria a mãe que a tia se tornara.

### 3.2 Segunda reflexão: o atendimento de uma criança e a escuta de sua mãe

O seguinte caso trata dos acolhimentos realizados a uma mãe que buscou atendimento para sua filha que, desde sempre, foi uma criança temerosa e recentemente seus medos se intensificaram, sentindo-se segura apenas em casa ou na escola, qualquer pessoa na rua podia se tornar um possível assaltante.

Mariana, de onze anos, tinha constantes preocupações com morte e em adoecer, e frequentemente chegava à sessão relatando que, durante a semana, havia estado em um “estado febril” (SIC). No decorrer dos atendimentos, os medos relatados por ela, que se assemelhavam com os medos relatados pela mãe, foram diminuindo e dando lugar a questionamentos das limitações que a mãe impunha sobre ela e a exigência de que cuidados exacerbados para que não adoecesse, como pequenos descuidos pudessem resultar em adoecimentos terríveis.

Nas sessões lúdicas, a paciente se comportava de forma bastante imatura para sua idade, e questionava a falta de interesse das outras crianças por bonecas, restando a ela brincar sozinha ou com as crianças mais novas. Aparentava sofrer bastante quando falava sobre a possibilidade de crescer, dizendo que gostaria de ficar criança para sempre, pois assim poderia brincar sempre que quisesse. De fato, nas narrativas lideradas por ela nas sessões, as bonecas eram sempre filhas, mesmo que tivessem namorados ou elas mesmas tivessem filhos, as mais pequenas agiam de forma inconsequente, derrubando objetos e fazendo “malcriação”.

Durante os encontros com a mãe, revelou que não havia planejado a gravidez da paciente, e não desejava naquela época ter outra filha, devido à dificuldade que passou durante a gestação da irmã mais velha. Nunca se sentiu qualificada para ser mãe, considerando uma responsabilidade além daquilo que poderia exercer, tal sentimento presente desde a primeira experiência com a filha mais velha.

Assim como a filha, Rosangela questionava os cuidados exagerados, percebendo que, além de deixar a filha ansiosa, eram recursos para que ela não cumprisse com tarefas que era obrigada a cumprir, e o adoecimento constante também sendo usado como desculpa para os seus fracassos. Segundo Rosangela, ela permanecia com esse cuidar ansioso por todos os medos que tinha de adoecimento acabarem sendo comprovados, pois, ao contrariar os seus receios,



suas filhas pareciam sofrer uma febre repentina ou uma crise de tosse noturna. Nessas ocasiões, Rosângela sentia-se muito culpada.

Suas preocupações sempre foram maior com a caçula, e isso era também motivo para que ela se sentisse culpada, pois acreditava que os medos que agora estavam paralisando a filha foram todos impostos por ela, em seu modo de cuidar ansioso. Sentia-se ainda culpada por tudo o que a filha fazia de errado, por ela mesma ter deixado a filha brava, e por essa ter aprendido a manipular os seus sentimentos de culpa para fazer o que quisesse.

“Eu sei que estou errada, mas não consigo me controlar. Quando vejo que ela ‘tá tossindo, sempre penso que foi por algo que eu fiz” (SIC).

Apesar de dizer que não desejava ter engravidado, no começo dos atendimentos dizia que gostaria que as filhas voltassem a morar com ela, mostrando que ela desejava ser algo para essas crianças que já haviam nascido. Havia nela vontade não apenas de ser mãe, mas também de ser aquela capaz de as maternar. A gravidez a obrigou a aceitar um papel materno que apenas após sua realização tornou-se um desejo, e que, ao mesmo tempo, constantemente lhe era dito que ela não obteria sucesso em sua execução.

Essa mãe, que havia sido perturbada logo em sua primeira experiência com a maternidade, em um episódio de depressão pós-parto, sentiu-se incapaz de tal forma de cuidar de suas filhas que deixou com que a insegurança tomasse lugar do cuidado materno. A fantasia de incapacidade era confirmada pelas pessoas que a cercavam, que se sentiam tensos, segundo Rosângela, com a expectativa de que ela sofresse de depressão pós-parto novamente e não pudesse exercer a maternidade. Ao invés de receber o holding necessário para poder adentrar e sair com segurança da preocupação materna primária, a maternidade foi invadida por outros que sabiam mais que ela.

O exemplo desse atravessamento materno mostra que a maternidade depende não somente do fator gestacional e de gênero para ser exercida, e ultrapassa mais do que apenas um membro da família, sendo necessário para sua execução que os outros que cercam a equação materno-bebê possam dar suporte sem que invadam, ao invés de temer o fracasso da maternidade, sejam aqueles que consigam dar a quem ingressa nessa relação simbiótica os recursos necessários ou até mesmo alternar os papéis.

O fato da criança em atendimento aparentar ter seu ego constituído da forma que pode, mostra que houve identificação e cuidado suficientemente bom à medida que foi possível para essa família, embora ela ainda encontrasse na ansiedade resquícios do ego materno, tanto do medo de desconstituição vividos através do medo de adoecimento e de morte, quanto do desejo de retornar a essa equação segura e onipotente, vivenciado através do desejo de manter-se criança para sempre.

### **3.3 Terceira reflexão: o atendimento a uma criança autista**

As funções maternas, como visto anteriormente, podem ser também vivenciadas através de experiências extrafamiliar, como os cuidados escolares que um professor ou professora podem executar, dentro de um relacionamento de amizade ou outros, e também dentro do setting terapêutico, desvinculando a maternidade da questão de gênero e reduto exclusivo da mulher e da mãe.

O caso a seguir exemplifica o cuidado da maternagem vivenciado fora do ambiente familiar, tendo como cenário uma sequência de atendimentos de uma criança com comportamentos semelhantes ao desenvolvimento autístico.

Alex iniciou os atendimentos aos 3 anos de idade, que foram interrompidos por um período de um ano e retornou por mais 8 meses de atendimento. O pai queixava-se de agitação exacerbada e movimentos estereotipados e pouca tolerância à frustração. Não reagia de acordo com o esperado para sua faixa etária quando se machucava, não formava frases, seu verbal sendo reduzido somente a nomear letras e números.

Ao retornar ao atendimento aos 5 anos, Alex já formava frases complexas, embora apresentasse resistência em falar ou responder quando questionado. Sua voz também soava como quem expressasse grande esforço para falar, diferente de quando gritava ao repreendido ou frustrado.

Fazia a primeira etapa da educação infantil e na escola tinha dificuldades de se relacionar com os colegas. A princípio, apanhava diariamente de um colega mais velho, mas com o passar dos meses começou a bater nos colegas menores. Durante o recreio, corria e brincava sozinho, destoando dos outros colegas. Uma característica marcante de seus comportamentos era a resistência em atender a comandos e tolerar às frustrações. Em casa, em jogos de disputa com a irmã sempre

ganhava e quando ela o contrariava, a agredia em resposta. Quando frustrado, Alex sempre gritava durante longos períodos que nas sessões chegavam a durar de 5 a 15 minutos, ou até que sua atenção fosse desviada para outra atividade ou alguém cedesse ao seu desejo.

Era o pai que o levava à terapia e passava a maior parte do dia com ele. Ele também era responsável pelos cuidados primários, desde a alimentação até a presença em reuniões escolares. Em relação aos atendimentos, o pai buscava orientações de como agir diante dos comportamentos de seu filho que destoassem do socialmente adequado, e durante tais sessões suas angústias eram acolhidas. Aos poucos, foi discutido o modo de cuidado particular que ele dedicava ao filho, buscando dar autonomia parental para esse pai, o que resultou na diminuição dos comportamentos semelhantes ao desenvolvimento autístico do filho, mas intensificando a tendência que Alex tinha de se opor à autoridade, talvez uma forma de solicitar também a autoridade parental.

Nas semanas que se aproximavam ao fim dos atendimentos, Alex havia se interessado por dois jogos de tabuleiro: um cujo o objetivo era explodir o adversário (que cairia em jacarés, em um calabouço, em estacas ou em um grupo de bombas) e outro que era o conjunto de damas com outro jogo que nunca cheguei a descobrir o nome verdadeiro. Foi explicada as regras de todos os jogos e houve interesse em especial pelo jogo da explosão, solicitando que eu usasse todos os outros personagens e ele ficasse apenas com o verde.

Sentia-se bastante satisfeito ao que explodia qualquer que fosse o personagem, e os colocava como em um pódio com os vencedores. Era comum que pegássemos o perdedor e fingíssemos que estava chorando, ou o vitorioso e fingíssemos que estávamos comemorando juntamente a ele. Até que seu interesse voltou-se para a dama.

Ao dispor incorretamente as peças, disse a ele que estava diferente das regras e mostrei novamente como fazia. Em um rompante de raiva, Alex removeu as peças do tabuleiro e gritou sem palavras comigo, fazendo as veias de seu pescoço saltarem. Comuniquei a ele que ele estava irritado, e que eu entendia aquilo, mas que daquela forma não teria como jogar o jogo de damas. Ele novamente colocou as peças nas casas que não eram destinadas. Então movi minhas próprias peças para que o jogo pudesse ser jogado de acordo com as regras, o que resultou em novo acesso de raiva por parte de Alex.

Insisti para que as regras fossem mantidas em razão constante manipulação que Alex para que sempre ganhasse. Nessa sessão em especial, verbalizei que daquela forma não daria para jogar, e que não continuaria o jogo, mas que eu estaria lá para brincar de outra brincadeira que pudéssemos respeitar as regras. Ele virava então os tabuleiro, colocando todas as peças no outro jogo e com violência esmagava as minhas peças com as suas, jogando as minhas no lixo. Quando fazia o mesmo com a dele, dizia que estava “resetando” (SIC) o jogo e voltava tudo ao normal.

Neste primeiro dia, quando teve que guardar os brinquedos, Alex verbalizou bem baixo, aparentando se esforçar muito para que o som de sua voz saísse: “eu não quero ficar na casa vermelha, quero ficar na casa branca. Você fica na vermelha”.

Nas sessões seguintes, ele já buscava o tabuleiro de damas assim que chegava ao atendimento, repetindo o ritual de colocar as peças do tabuleiro de forma a impedir o desenvolvimento lógico do jogo. Em dada sessão, escrevi em pedaços de papel as palavras “bravo” e “feliz”, Alex prosseguiu escrevendo “e”; “está”; “pai” e “mãe”, as colocando em sua testa para formar “mãe feliz e bravo” ou apenas e a palavra “bravo”. Comuniquei a ele que entendia que ele estava bravo porque não deixava ele ganhar, então fiz papéis escritos “triste” e “perdeu”, colocando-os em minha testa. Alex buscou os papéis e escreveu “você” e depois “ganhou”, formou o “você perdeu” e me entregou, enquanto ele ficava com o ganhou. Ele ria, enquanto eu fingia que estava triste, chorando porque perdi.

Levou os papéis para casa e, na sessão seguinte, retornou à rotina do tabuleiro de damas. No entanto, ao que comuniquei que entendia que ele queria ganhar de qualquer forma, como nas outras sessões, e eu não brincaria sem que respeitasse as regras, assim como nas outras sessões, Alex iniciou um episódio longo de choro, que levou por volta de 25 minutos da sessão. Durante os primeiros momentos, não havia lágrimas em seu choro, sendo mais semelhante a gritos de raiva do que pesar, seu rosto estava vermelho e as veias do pescoço sobressaltadas.

Sentou-se no chão, longe de mim, e balançou as pernas até seus sapatos saírem. Me mantive sentada no chão, no centro da sala e lhe disse que ele poderia sentir muita raiva de mim, e que eu sabia que ele estava bem bravo, e quando a raiva passasse, estaria esperando para que pudéssemos brincar juntos de um jogo em que seguíssemos as regras.

Aos poucos Alex se aproximou de mim, deitando sua cabeça em meu colo, as lágrimas descendo em seu rosto dessa vez, e o choro se tornando mais característico de um pesar. Passei os dedos pelo cabelo dele, lhe dizendo novamente que via que ele estava chateado e bravo, mas que também estava triste porque não queria perder.

Quando parou de chorar, se levantou e disse: “eu quero jogar dama, Raquel”, então eu respondi que não estávamos conseguindo jogar damas por causa das regras difíceis, mas que poderíamos jogar outro jogo que a gente inventasse as regras. Jogamos então um jogo em que o objetivo era jogar a peça dos outros no lixo, sem critério, podendo “resetar” o jogo sempre que quiséssemos, com direitos iguais de fazer o outro perder.

Nesse caso puderam ser observados as funções maternas sendo executas simultaneamente adaptadas às necessidade demandadas pelo paciente. Essa criança, que apresenta momentos de desestruturação de forma que se assemelha à desestruturação autística, via-se incapaz de perder em um jogo sem que fosse ameaçado de uma continuidade de desprazer sem fim, semelhante a de uma criança que ao sentir fome ressent-se da percepção de que o seio não é seu e ao mesmo tempo não sente-se seguro de que esse seio irá retornar a lhe providenciar alimento, sem conseguir tornar apenas uma questão de adiamento de prazer ou a substituição por uma ferramenta nova que substitui o seio materno (ABRAM, 2000).

A função materna da mãe suficientemente boa nesse momento é suportar a frustração pela criança, buscando atender não as solicitações superficiais de realização de seus desejos, mas entender e responder às demandas de continuidade psíquica diante o desprazer apresentado.

Nessas sessões, ao nomear os sentimentos de Alex, que apesar de saber seus nomes não os verbalizava, ao apresentar as regras do jogo e oferecer alternativas para que elas fossem respeitadas, realizava a função materna de apresentação de objetos. Onde, apesar dos sentimentos de desestruturação que perder representava para Alex, era uma nova possibilidade de comunicação com um mundo exterior a ele, a existência de um outro além de si que não só acusa a existência de um self, como desafia a onipotência ilusória deste (WINNICOTT, 1945).

Ao mesmo tempo, houve a presença da função do handling através do cuidado do espaço terapêutico e de seu corpo. Alex pode usar o jogral de palavras para se expressar e comunicar a mim, como fazia com ele, os sentimentos que ele

imaginava eu tinha (“mãe, brava e feliz”; “você perdeu”) e também utilizou os toques realizados durante a sessão, a proteção corporal para que ele não se machucasse em seus ataques de raivas, e cuidado ao atender a sua demanda por maternagem ao deitar em meu colo. Eles permitiram que Alex vivenciasse as experiências das sessões de forma corporal, dando contorno e conectando com suas emoções e, ao contrário da desestruturação sugerida pelo seu estado, sendo uma forma de estruturar a soma e a persona como partes de um mesmo self.

Coube à função do holding possibilitar que frustração fosse sentida sem prejuízo, sentir-se frustrado sem que fosse ameaçado de desestruturação. Tratou-se de suportar e dar suporte a esse sentimento, tão ameaçador, sem que eu desaparecesse ou fizesse ele desaparecer (negando seus sentimentos, ou até os calando, atendendo às suas demandas de onipotência), segurando – como a tradução do termo *holding* – esse indivíduo que se via despedaçado pela imposição da existência de um outro com quem ele desejava compartilhar, mas que lhe tirava a onipotência que até então tinha dado contorno ao seu ego.

## CONCLUSÃO

O estudo aqui realizado permitiu rever a construção da maternidade tal qual apresentada em sua diversidade na contemporaneidade, sendo fator importante para determinar o modelo de maternidade aplicado em um período os objetivos políticos e sociais. A necessidade da existência de uma família nuclear colocou a mulher enquanto agente principal de cuidado da prole de um casal. No entanto, as revoluções, fruto dos movimentos feministas, deslocam e parcialmente tornam democrático o cuidado materno. O que era visto enquanto exclusivo e inerente às mulheres férteis, pode ser compartilhado por outras pessoas, ou recusado, caso a mulher não quisesse torna-se mãe, embora essa escolha ainda acarrete peso de culpa social.

No entanto, vemos com Winnicott que aquilo o que as mães fazem com naturalidade, não se trata de algo de sua natureza enquanto mulher, mas um processo que inclusive ele nomeia como estado de adoecimento (preocupação materna primária), e é algo fundamental para o início da existência de um ego. O ambiente-mãe, na teoria winnicottiana, aos poucos, também é democratizado, sendo por ele proposto que a função materna possa sim ser facilitada pela experiência da gestação, mas que o pré-requisito para que ela ocorra é a possibilidade daquele que está com o bebê dedicar-se a tarefa de cuidar dele.

Digo em termos de possibilidade, pois, segundo a teoria winnicottiana, o cuidado realizado por aquela/aquele que está em cargo do bebê é fruto também do cuidado que ele/ela recebeu em sua infância, e de como o ambiente em que esta pessoa está supre suas necessidades nesse momento tão complexo. Assim, o sucesso da maternagem não depende somente da vontade de estar em cargo dela, mas dos recursos que essa pessoa tem em seu psiquismo e ambiente.

Além disso, na contemporaneidade, é possível encontrar famílias em que existe alguém que não seja a mãe do bebê, mas que realize a função materna proposta por Winnicott. São tias que viram mãe, como no caso apresentado, onde a identificação da jovem com seus tios possibilitou o surgimento de uma mãe, modificando inclusive os desejos de alguém que recém ingressava na vida adulta. São mães que, apesar de passar por toda a experiência da gestação, vivenciam a impossibilidade de exercer a maternidade, como no segundo caso apresentado, onde

por mais que fosse a mãe biológica de sua filhas, sentia-se perturbada o suficiente para não ingressar na maternidade de forma segura. E são, também, experiências de maternagem vividas fora do ambiente materno, como no caso da clínica psicanalítica, onde a própria transferência permite que o sujeito na posição de analista rebusque também o cuidado suficientemente bom que tem em seu psiquismo, e execute as funções maternas no setting terapêutico, mesmo que provisoriamente.

Há a possibilidade da experiência da maternagem por famílias homoafetivas, pessoas que não tiveram filhos biológicos e conseguiram adotar, por terapeutas, professores, e etc. No entanto, ainda é comum vermos os cuidados primários serem realizados exclusivamente por mulheres em algumas famílias, o que parece ser a lembrança do cuidado materno exercidos pelas gerações anteriores, mas que tem sido modificados a fim de atender as novas exigências sociais (crianças órfãs, fertilização in vitro, casais solteiros, a infância institucionalizada, a necessidade de trabalhar de ambas as figuras parentais), para proporcionar o ambiente necessário para o desenvolvimento na infância.



## REFERÊNCIAS

- ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott**: Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- AMAZONAS, M. C. L. A; BRAGA, M. B. R. (2006). Reflexões acerca das novas formas de parentalidade e suas possíveis vicissitudes culturais e subjetivas. **Ágora**, (9) 2, p. 177-191.
- ARIÈS, P. (1973). **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1981.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BETTELHEIM, B. (1967). **A fortaleza vazia**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- BICK, E. (1964). Notes on infant observation in psychoanalytic training. **International Journal of Psycho-Analysis**, 45, p. 558-566.
- BOWLBY, J. (1951). **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- BOWLBY, J. (1979). **Formação e rompimento dos vínculos afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- CATÃO, I. **O bebê nasce pela boca**: voz, sujeito e clínica do autismo. São Paulo: Instituto Langage, 2009.
- CORREIA, M.J. Sobre a maternidade. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 16, n. 3, p. 365-371, set. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a02.pdf>>. Acesso: em 08 Maio 2016.
- FREUD, S. (1933). A feminilidade. In: \_\_\_\_\_. **O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos** (1930-1936). São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 263-293.
- GOLSE, B. **Sobre a psicoterapia pais-bebê: narratividade, filiação e transmissão**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- JANUÁRIO, L. M. **Transferência e espaço potencial: A relação analítica com crianças em estados autísticos e psicóticos**. 2012. 248 fl. Tese (doutorado em Psicologia e Cultura) – Instituto de psicologia, Universidade de Brasília. Brasília, julho de 2012.
- KANNER, L. (1937). **Child psychiatry**. London: Bailliere, Tindall e Cox, 1937.
- KEHL, M. R. Freud, A feminilidade e as mulheres. In: \_\_\_\_\_. **Deslocamentos do feminino**. Rio de Janeiro: Imago, 1998. p. 123-110.

MOURA, S. M. S. R.; ARAUJO, M. F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 44-55, Mar. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n1/v24n1a06.pdf>>. Acesso em: 08 Maio 2016.

OUTEIRAL, J. O. D. W. Winnicott: o homem e a obra. **Especial nº 5 Revista Viver Mente e Cérebro**, p. 6-15. São Paulo: Dueto Editorial, 2005.

SCAVONE, L. Maternidade: Transformações na família e nas relações de gênero. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 5, n. 8, p. 47-60, fev. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/04.pdf>>. Acesso em: 08 Maio 2016.

TAFURI, M. I. **Dos sons à palavra**: explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista. Brasília: ABRAFIPP, 2003.

WINNICOTT, D. W. **A família**. In: \_\_\_\_\_. Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes, 1989. p. 97-132.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo, Martins Fontes, 1994.

WINNICOTT, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: \_\_\_\_\_. **Da Pediatria à Psicanálise**: Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000. p. 218-232.

WINNICOTT, D. W (1956). A preocupação materna primária. In: \_\_\_\_\_. **Da Pediatria à Psicanálise**: Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000. p. 399-405.